
**A POLÍTICA DE SAÚDE NECESSÁRIA E POSSÍVEL
NA PRESENTE HORA NACIONAL**

A POLÍTICA DE SAÚDE NECESSÁRIA E POSSÍVEL NA PRESENTE HORA NACIONAL

Pretendem apenas estas palavras serem uma breve resenha dos princípios em que se deve basear a política sectorial julgada mais conveniente para o País, consideradas as condições socio-económicas presentes, e um enunciado das linhas programáticas que se pensa deverem orientar qualquer actuação governativa, conforme em diversas ocasiões as expressei.

A pormenorização das acções a empreender, nomeadamente nos aspectos quantitativos e cronológicos, foi deliberadamente evitada, por se julgar não ser correcto proceder de outro modo sem se estar de posse de elementos actualizados sobre a posição dos vários serviços e sobre os empreendimentos em curso.

Contudo, convém notar, desde já, que nenhum programa de saúde poderá ser coroado de êxito sem que se verifique substancial acréscimo das verbas destinadas ao sector.

Em suporte desta afirmação bastará recordar que as previsões internacionais indicam como desejáveis, para 1990, despesas directas com a saúde de cerca de 9 por cento dos produtos nacionais brutos de cada país.

Essa percentagem, que se pretende ver também atingida em Portugal, indica, melhor ainda que os dados comparativos referentes à actualidade, o enorme esforço a realizar em tal sentido.

Uma política orçamental que se limite a cobrir despesas de manutenção será, no campo da saúde, mais errada e perniciosa do que em qualquer outro domínio, visto que nele residem as hipóteses de investimento com maior reprodutibilidade.

Após estes considerandos iniciais passarei de imediato à esquematização tão objectiva quanto possível, dos pontos que julgo, no âmbito de um trabalho deste tipo, merecerem maior realce.

I — *Introdução*

A ideia que presidiu à concentração, em um único Ministério, das funções de orientação política dos sectores da Previdência, Assistência e Saúde, embora aparentemente lógica, por conferir mais homogeneidade directiva a todo um conjunto de instituições relacionadas com problemas eminentemente sociais, prejudica a funcionalidade do departamento governamental responsável pela Saúde, visto retirar aos

que o orientam grande parte da autonomia e, consequentemente, da capacidade de actuação, que, no momento actual, lhes são imprescindíveis para a solução, em prazo útil, das numerosas e graves carências e anomalias existentes.

De resto a razão invocada para a actual constituição do Ministério dos Assuntos Sociais — existência de inter-relações íntimas entre os sectores que dele dependem — não basta para justificar a subordinação do departamento responsável pela Saúde àquele órgão do Governo. Na realidade, os problemas da Saúde são, em larga medida específicos, e passíveis de solução em âmbito exclusivamente intra-sectorial, sendo conveniente recordar que, para só citar alguns exemplos, as suas ligações com os problemas próprios da Educação ou do Urbanismo não são menos íntimas do que as determinantes da vinculação em causa, sem que, por isso, se admita ser necessária a reunião da Secretaria de Estado da Saúde aos correspondentes departamentos governamentais, em um superministério comum.

Em boa verdade, os argumentos aduzidos a favor da actual integração não passam de eufemismos que se destinavam a evitar pôr em realce a única razão determinante da mesma, isto é, a necessidade absoluta de se estabelecer a verdadeira integração e articulação (hoje em dia já vinculada a decreto-lei) entre os serviços de cuidados médicos dependentes até há cerca de um ano da Previdência e os restantes serviços de cuidados médicos do País.

Sendo hoje mais que evidente que o artifício da dependência de um Ministério único não se revelou eficaz para a consecução do objectivo visado e atendendo a que o problema só poderá ter solução com a transferência efectiva — e não apenas legal — daqueles serviços para o departamento da Saúde, os factos mostraram a nulidade do único motivo determinante de uma subordinação que, por prejudicial, se pretende ver terminada.

Do que antecede se conclui:

a) Ser necessário que o departamento governamental em causa se liberte da sua actual dependência e reconquiste, como *Ministério da Saúde*, a capacidade de acção para atingir o grau de eficiência que todos os portugueses têm pleno direito de lhe exigir.

b) Ser imprescindível que os antigos serviços de acção médica da Previdência passem a estar colocados sob a alçada *real* do Ministério da Saúde, o mais rápido possível, na dependência directa de uma nova Direcção-Geral a criar neste Ministério — a *Direcção-Geral dos Cuidados Médicos de Base*.

Ao Ministério da Saúde competirá traçar os objectivos políticos sectoriais, impulsionar as acções necessárias para se alcançarem esses

objectivos e vigiar a sua execução, tendo presentes os seguintes princípios:

a) Os direitos dos Portugueses, no campo da saúde como em qualquer outro, são iguais e não podem, por isso, estar relacionados com a situação socio-económica, o exercício de determinada actividade profissional ou o local onde vivem.

b) Os cuidados de saúde a prestar à população devem estar a cargo de um Serviço Nacional de Saúde, não apenas eficiente, mas estruturado de modo a que o recurso aos meios integrantes não implique, para os utentes, aspectos desagradáveis desnecessários.

c) O Serviço Nacional de Saúde só pode funcionar correctamente com a colaboração activa e interessada dos profissionais intervenientes, que, para isso, têm de se sentir moral e materialmente recompensados das tarefas que executam.

d) Embora seja de admitir a participação da iniciativa privada na criação e manutenção de instituições de cuidados de saúde especializados, compete ao Estado garantir, à totalidade dos portugueses, a possibilidade de obtenção desses serviços em instituições públicas.

Isto implica que o Estado tem o dever de assegurar não apenas as infra-estruturas sanitárias de utilização colectiva, mas também o de construir e manter em funcionamento as unidades hospitalares necessárias para oferecer, a toda a população, cuidados de bom nível técnico em ambiente compatível com a dignidade humana.

e) Ainda que se reconheçam os graves inconvenientes da estagnação da medicina de cuidados primários — incluindo neste conceito os próprios da clínica geral e uma ampla faixa dos pertencentes ao âmbito das especialidades de largo consumo — o facto é que as estruturas já existentes obedeceram a uma tendência desse tipo, cujas desvantagens deverão ser mitigadas na medida do possível.

Tal objectivo poderá ser parcialmente conseguido desde que se transforme o sentido da vinculação dos profissionais de Saúde que prestam tais cuidados.

Esta vinculação, actualmente polarizada, para a instituição que serve, deverá ser transformada em vinculação polarizada para os grupos populacionais de que se tornam responsáveis.

A mudança pretendida implica pois a liberalização, tão ampla quanto possível, da escolha do médico pelo doente e, o que não é menos importante, da escolha do doente pelo médico.

Certas soluções para os sistemas de saúde, como a que se pratica em França, que procuram conservar as características essenciais da medicina liberal, embora bastante satisfatórias para os utentes e profissionais envolvidos, não parecem ser, no momento presente, aplicá-

veis em Portugal; no entanto por ser ponto polémico não deverá ser tratado de maneira superficial ou unilateral.

f) O Ministério da Saúde deverá integrar progressivamente, em prazo a estabelecer em termos de programa de Governo, todas as instituições e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde actualmente dependentes de outros Ministérios (Finanças, M. E. I. C., Justiça, etc.) à excepção dos pertencentes às Forças Armadas que, pela sua especialidade necessitam de tratamento individualizado.

Entretanto há que realçar da utilidade de possível intercâmbio a nível de estruturas e pessoal, sobretudo mais diferenciado, pelo que a perspectivacão de um S. N. S. e do serviço de saúde das F. A. não deverá esquecer esta hipótese que somente os enriquecerá e os torna mais operacionais a nível nacional.

Finalmente deverá ser integrado no Ministério da Saúde o Serviço Nacional de Ambulâncias.

II — *Universalidade do direito à saúde*

1. A universalidade do direito à saúde implica que todos os portugueses tenham imediata possibilidade de acesso à totalidade dos serviços de cuidados de saúde dependentes do Estado. Deste modo, os serviços dependentes da Previdência deverão abrir as suas portas, não apenas aos actuais beneficiários, mas a todos os cidadãos.

2. É evidente que a efectivação do princípio enunciado vai colocar, à disposição de alguns, certos meios para cuja criação, manutenção e desenvolvimento não contribuíram directamente. No entanto é de pensar que o seu número, por reduzido (apenas cerca de 15 por cento da população), não afectará grandemente a capacidade funcional dos serviços e que os actuais beneficiários não se oporão a que, embora parcialmente à sua custa, os até hoje socialmente desfavorecidos possam obter condições mais dignas de assistência.

É certo ainda que o mesmo princípio vai permitir a utilização desses meios por uma franja populacional estreita, economicamente forte, e que nunca descontou para o seguro de doença praticado pela Previdência. No entanto serão muito raros os elementos dessa franja que, a curto prazo, utilizarão a possibilidade de recurso aos serviços médicos estatizados e nada impede que se lhes definam tabelas de preços a pagar pelos actos assistenciais recebidos, segundo esquema semelhante, embora actualizado, ao que se pratica nos ambulatórios hospitalares.

3. Entretanto, convém deixar claramente expresso que a solução que se preconiza só é aceitável como medida transitória, enquanto não for possível assegurar o financiamento total do Serviço Nacional de

Saúde pelo Tesouro, através do imposto. A forma prática de se pôr em execução esta modalidade de financiamento, única aceitável para um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde, deverá ser estudada por uma comissão nomeada especialmente para o efeito.

4. Enquanto se aguardar a possibilidade de pôr em prática um novo esquema de financiamento dos serviços de saúde, este continuará a funcionar dentro do esquema actual, mas com transferência mensal, para o Ministério da Saúde, de uma parte das verbas recolhidas dos beneficiários da Previdência pela Caixa Nacional de Pensões.

III — *Reformas estruturais*

5. A concretização de uma política de saúde conforme os princípios gerais enunciados pressupõe estruturas sectoriais eficientes, tanto ao nível dos serviços centrais como dos serviços periféricos. Essas estruturas, tanto por razões de economia como para se evitarem hiatos funcionais e desarticulações dos serviços durante a fase de transição, devem, na medida do possível, corresponder a reorganizações das estruturas existentes.

A — *Órgãos centrais e intermediários*

6. A nível central, há que proceder à reorganização do Ministério da Saúde, através da redefinição, conforme às realidades presentes, das funções e competências dos órgãos que actualmente constituem os serviços centrais e da criação de quatro novas Direcções-Gerais, a saber:

- a) Direcção-Geral dos Cuidados Médicos de Base;
- b) Direcção-Geral da Formação do Pessoal para a Saúde;
- c) Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde;
- d) Direcção-Geral de Assuntos Farmacêuticos.

a) *Direcção-Geral dos Cuidados Médicos de Base*

Esta Direcção-Geral terá por missão organizar um sistema de serviços que garanta, a toda a população, os cuidados de saúde que não exijam recurso a técnicas especializadas ou ao internamento hospitalar. Deste modo, a sua jurisdição abrangerá os actuais centros de saúde, aqueles que venham a ser constituídos e os actuais postos da Previdência, cuja reconversão em centros de saúde ou em delegações destes, consoante a sua magnitude e localização, se impõe imediatamente, por forma a que passem a constituir serviços abertos a todos os portugueses.

A alternativa de colocar esses serviços na dependência da Direcção-Geral de Saúde, por alguns defendida com o argumento da necessidade de se pôr em prática um sistema integrado de cuidados médicos, peca por falta de realismo, na medida em que ignora, ou pretende ignorar, que a referida Direcção-Geral não se encontra preparada, nem pode adquirir em prazo útil a preparação necessária para organizar e supervisionar uma rede periférica de serviços, onde, mesmo na melhor das hipóteses, a medicina dominante continuará a ter, durante decénios, um cariz acentuadamente curativo.

Ora a Direcção-Geral de Saúde tem uma vocação específica para a Medicina ecológica e de massas, que deve desenvolver, mas não ultrapassar, sob pena de ineficácia ou de distorção irremediável dos cuidados médicos de base em sentido tal que conduziria, inexoravelmente, ao descontentamento dos utentes.

Isto não significa, como é evidente, que não se estabeleçam articulações muito íntimas entre as duas Direcções-Gerais referidas e entre elas a Direcção-Geral dos Hospitais. Entretanto, é necessário não confundir articulações com dependências e evitar a hipervalorização ou hipertrofia de um dos órgãos centrais do Ministério, que, a ter lugar, acabaria por conduzir à subordinação dos restantes e à criação de uma Secretaria de Estado única dentro do Ministério da Saúde, cujas funções seriam dificilmente distinguíveis das próprias do Ministério em si.

b) Direcção-Geral da Formação de Pessoal para a Saúde

Esta Direcção-Geral terá a seu cargo todos os problemas respeitantes à formação do pessoal especializado para o funcionamento dos serviços.

Assim:

— Deverá colaborar activamente com o Ministério da Educação e Investigação Científica, de modo a que os cursos de licenciatura em Medicina se realizem em termos úteis para o País, formando tecnicamente aptos e adequando o ensino por forma a que este não interfira com as actividades assistenciais dos serviços de saúde. O problema da formação de médicos e de alguns técnicos paramédicos de nível universitário está em fase de profunda desorganização, embora tenha já sido elaborado um projecto de institucionalização desse ensino que, por ora, ainda não foi discutido pelo Ministério da Educação e Investigação Científica.

— Deverá supervisionar a fase de diferenciação profissional do pessoal médico, como entidade responsável pelos tirocínios de especialização.

— Orientará os cursos de enfermagem e os cursos de formação de técnicos paramédicos de nível não universitário.

— Terá ainda o encargo de organizar os programas de reciclagem do pessoal dos Serviços de Saúde, em colaboração com as outras Direcções-Gerais do Ministério.

c) Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde

Esta Direcção-Geral será responsável pela manutenção de todas as instalações e equipamentos e pela programação de novas instalações e selecção de novos equipamentos.

Para executar estas missões deverá absorver a maior parte do actual Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, embora alguns dos elementos que constituem este devam transitar para outros órgãos centrais do Ministério.

d) Direcção-Geral dos Assuntos Farmacêuticos

A esta Direcção-Geral competirá a coordenação dos problemas resultantes da produção, utilização e controlo dos medicamentos.

Assim, no exercício da sua competência:

— Deverá articular a produção do sector público com o sector privado.

— Manter actualizados os formulários nacionais e difundir os conhecimentos farmacológicos referentes à utilização dos medicamentos, nomeadamente no que se refere a acções secundárias, incompatibilidades e interesse terapêutico.

A reestruturação da Indústria Farmacêutica, que deve ter lugar nos próximos três a quatro anos, com vista à redução dos gastos efectuados em medicamentos — uma das parcelas mais pesadas das despesas sectoriais — e, se possível, à ampliação das exportações, deverá ser concebida em moldes que não conduzam à carência de matérias-primas, a aumentos dos custos de produção, a quebras de qualidade e a qualquer acréscimo do desemprego. Deste modo, a nacionalização, que acarretaria, inevitavelmente, aquelas consequências indesejáveis, não deve ser considerada, tanto mais que colidiria, principalmente, com as pequenas e médias empresas, visto que a enorme maioria das grandes empresas assenta em largas participações de capitais estrangeiros.

A reestruturação a efectuar deverá obedecer, portanto e fundamentalmente, às seguintes coordenadas:

— Redução do número de especialidades farmacêuticas, através da redução, se possível voluntária, de parte dos registos da maioria dos laboratórios, da cessação das licenças de comercialização de produtos obsoletos, da adopção de normas mais restritivas para a intro-

dução de novas drogas e da expansão crescente do uso do Formulário Nacional.

— Garantia de qualidade dos medicamentos, mediante redução do número de especialidades a produzir por cada laboratório, concentração de pequenas unidades e intensificação da fiscalização às condições de fabrico.

— Racionalização dos circuitos de armazenagem e distribuição, visando criar sistemas que tornem o produto mais económico para o consumidor.

— Redução substancial dos gastos da indústria em propaganda médica, que deverá ser substituída, dentro do possível, por elementos de informação editados pelos serviços oficiais, a distribuir gratuitamente pelos médicos, em que se reúnam e actualizem os conhecimentos farmacológicos e terapêuticos necessários para o correcto exercício da clínica.

— Melhor aproveitamento dos recursos humanos e em maquinaria das unidades fabris existentes, através da concentração das que se julguem pouco viáveis em razão da sua pequena dimensão e da incrementação da produção nacional.

— Fiscalização mais rigorosa dos custos das matérias-primas importadas, mediante actualizações constantes do conhecimento dos preços dos produtos correspondentes nos países de origem.

— Maior investimento dos lucros no próprio sector, o que só poderá ser conseguido através de política fiscal adequada.

7. Visando a regionalização útil, isto é, aquela que se justifica atendendo às dimensões do País, há que criar e definir concretamente as composições e funções de alguns órgãos intermediários entre os serviços centrais e os serviços periféricos. No momento actual, tais órgãos deverão ser os seguintes:

a) Administrações regionais de saúde, em número de dez (incluindo Madeira e Açores).

b) Administrações distritais de saúde, criadas pelo Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de Setembro, em número a determinar de acordo com o levantamento actualizado dos serviços existentes, que se impõe realizar a curto prazo.

8. Tanto os órgãos centrais como os órgãos intermediários antes referidos deverão colaborar intimamente, em especial para efeitos de planeamento sectorial. No momento presente, é de admitir que o planeamento de cada um dos sectores em que se pretende estruturar o Serviço Nacional de Saúde, fique directamente a cargo de Direcção-Geral respectiva, mas é indispensável que esses planeamentos parciais sejam coordenados por um órgão que represente uma versão actualizada do Gabinete de Estudos e Planeamento, que já existe.

A programação respeitante ao planeamento a efectuar será cometida à Direcção-Geral de Instalações e Equipamentos de Saúde e à Direcção-Geral da Formação de Pessoal para a Saúde, nas respectivas áreas de competência.

B — Órgãos periféricos

9. Os órgãos efectores do Ministério, responsáveis pela prestação directa de cuidados, devem corresponder aos três grandes sectores em que se pretende estruturar o Serviço Nacional de Saúde:

- a) Sector da Saúde Pública;
- b) Sector dos Cuidados Médicos de Base;
- c) Sector da Medicina Hospitalar.

a) *Sector da Saúde Pública*

Este sector, cuja estrutura actual deverá ser mantida nas suas linhas gerais, excepto no respeitante aos Centros de Saúde, que transitarão para o sector dos Cuidados Médicos de Base, terá a seu cargo a *Medicina ecológica* — saneamento básico, combate à poluição, tarefas de inspecção sanitária — e a *Medicina de massas* — rastreios de patologia em larga escala, estudo e execução das medidas a tomar, a nível regional ou nacional, para o combate a doenças endémicas e epidémicas ou outras missões de saúde em que se impõem modalidades rápidas e amplas de intervenção.

A sua íntima colaboração com o Sector dos Cuidados Médicos de Base é de extrema importância e deve ter lugar, fundamentalmente, através de articulações dos Serviços de Saúde Pública, como os Centros de Saúde, segundo fórmulas a definir em legislação especial.

b) *Sector dos Cuidados Médicos de Base*

Este Sector utilizará como meios fundamentais de acção os Centros de Saúde já existentes, os que devem resultar a curto prazo da conversão dos actuais postos da Previdência e os que prevê virem a ser constituídos (concretização sob a epígrafe *Objectivos específicos*).

Os Centros de Saúde deverão ser hierarquizados em três categorias e deles dependerão extensões periféricas, em locais onde se não justifique a fixação de pessoal de saúde.

Assim, são de admitir *centros polivalentes com características urbanas*, servindo populações de cerca de 40 000 habitantes e ligados aos hospitais distritais para efeitos de internamento, *centros de saúde*

com unidade de internamento para obstetrícia, pediatria e doenças do foro médico que não exijam cuidados muito especializados, servindo de 15 000 a 30 000 habitantes, e, finalmente, *centros de saúde tipo rural*, sem outro internamento que não o necessário para a realização de partos normais, e que servem populações de 5000 a 15 000 habitantes.

Em todas as localidades com mais de 3000 habitantes ou com 1000 a 3000 habitantes, mas com dificuldades de transporte até ao centro de saúde mais próximo, deverão ser instaladas *extensões* (postos de saúde), onde se realizam, semanalmente ou duas vezes por semana, as actividades assistenciais necessárias.

Nestes três a quatro anos em causa, os centros de saúde, para além de se responsabilizarem, progressivamente, pela profilaxia a nível individual e pelo diagnóstico e terapêutica de todas as situações clínicas que não exijam recurso a meios especializados, libertando assim os serviços hospitalares da sobrecarga representada pela assistência que actualmente prestam em casos desse tipo, deverão dedicar particular atenção à assistência materno-infantil e à vacinação sistemática da população em risco de contágio por infecções evitáveis.

c) Sector da Medicina Hospitalar

O Sector da Medicina Hospitalar, assim liberto do cuidado de situações que podem ser eficazmente assistidas em serviços menos onerosos, terá a seu cargo todas as situações da medicina curativa que exijam recurso a meios especializados de diagnóstico ou tratamento.

Este sector será organizado em uma rede constituída por hospitais de três tipos:

— *Hospitais centrais* — de nível nacional, com todas as valências, incluindo as altamente diferenciadas e de muito pequeno consumo.

— *Hospitais regionais* — servindo de 1 000 000 a 1 500 000 habitantes, com todas as valências excepto as de muito pequeno consumo e hiperespecializadas.

— *Hospitais distritais* — servindo populações de 200 000 a 300 000 habitantes, com todas as valências de largo consumo e uma unidade polivalente de cuidados intensivos.

A rede hospitalar que se pretende organizar está adiante resumidamente indicada sob a epígrafe *Objectivos específicos*.

10. Tanto a rede de centros de saúde como a hospitalar serão organizadas com base no estudo das necessidades previsíveis para um decénio.

IV — *Problemas de Pessoal*

11. Os problemas respeitantes ao pessoal de saúde são, em linhas gerais, os seguintes:

a) Definição das necessidades do País em pessoal de saúde dos diferentes tipos.

b) Levantamento actualizado das existências actuais e previsíveis para os três a quatro anos em pessoal desses mesmos tipos.

c) Criação das estruturas necessárias para a formação do pessoal de que o País carece, com orientação conveniente do que se encontra ainda em fase de preparação.

d) Organização de carreiras profissionais, que dêem garantias de pleno emprego, possibilitem a disciplina do trabalho executado e abram perspectivas para os legítimos anseios de promoção profissional.

e) Criação de condições económicas, de segurança social e de realização profissional e humana do pessoal de saúde. Atendendo à natureza muito particular do trabalho do pessoal de saúde, às sobrecargas psicológicas e desgastes físicos que o mesmo acarreta, é de fundamental importância que todo esse pessoal entre no gozo pleno de todos os direitos inerentes à condição de funcionário público, e que, além disso, lhe seja definido um *Estatuto próprio* que, de algum modo, possa compensar os aspectos particulares da sua actividade e contribua para atrair novos profissionais para o sector.

12. Em relação com os problemas referidos existem já trabalhos que permitem entrever soluções adequadas, sobretudo no que respeita à formação de pessoal médico e às carreiras médicas. Existem também estudos adiantados sobre o problema da formação do pessoal de enfermagem e respectivas carreiras.

13. Durante os próximos 3-4 anos a que se refere o presente plano, o País atingirá uma cobertura em médicos plenamente satisfatória do ponto de vista quantitativo. Assim, os esforços a empreender no campo da formação de pessoal devem incidir particularmente sobre os sectores da enfermagem e dos técnicos paramédicos que continuarão insuficientes durante longo período. No entanto, mesmo referente ao pessoal médico, há que desenvolver um esforço considerável no sentido de se obter uma melhoria de qualidade dos técnicos e uma diferenciação mais adequada às necessidades do País.

V — *Gestão dos Serviços de Saúde*

14. Ao contrário do que acontece no âmbito das definições da política sectorial e do planeamento, em que a descentralização excessiva conduziria, sem quaisquer vantagens, à feudalização do País, a

descentralização da gestão deve ser levada tão longe quanto possível. É essa a única via para que os órgãos efectores não estejam permanentemente manietados por limitações de competências e é também a única via para uma responsabilização dos que neles trabalham, capaz de os levar a colaborar na política de economia que se impõe.

15. Os órgãos de gestão dos estabelecimentos hospitalares e outros serviços periféricos dotados de relativa autonomia, embora necessariamente diversos, consoante o seu tipo e magnitude, devem ser constituídos de acordo com os seguintes princípios gerais:

a) Em cada estabelecimento ou serviço independente deverá existir um *conselho de gestão* — responsável pelas linhas gerais de orientação — e uma *direcção* — responsável pela eficiência do trabalho produzido.

b) Os conselhos de gestão devem ter ampla participação dos utentes e representantes dos vários grupos socioprofissionais dos estabelecimentos ou serviços.

c) As direcções devem ser constituídas por um número muito limitado de técnicos altamente qualificados.

VI — Objectivos específicos

A — Enquadramento legal

16. As acções a desenvolver, nos próximos 3-4 anos, pelo Ministério da Saúde, só podem ter lugar dentro de um enquadramento legal coerente, que substitua a legislação em vigor, em parte ultrapassada, na maioria dos casos avulsa e, não raras vezes, contraditória. Assim, é necessário elaborar e publicar, entre outros, os seguintes diplomas fundamentais:

a) Lei orgânica do Ministério da Saúde;

b) Regulamentos dos diversos sectores constituintes do Ministério da Saúde;

c) Lei sobre carreiras do pessoal de saúde, eventualmente publicada sob a forma de diplomas separados para os vários grupos profissionais;

d) Lei orgânica hospitalar;

e) Regulamento dos tirocínios de diferenciação médica;

f) Regulamento das regras de provimento nos quadros dos serviços de saúde, eventualmente sob a forma de diplomas separados para os vários sectores;

g) Conjunto de diplomas legais que concretizem as integrações no Ministério da Saúde, preconizadas na «Introdução».

B — *Infra-estruturas sanitárias*

17. O saneamento do meio será preocupação fundamental da Direcção-Geral de Saúde durante os 3-4 anos e terá lugar, depois de se proceder ao levantamento das mais graves deficiências, através de colaboração íntima com as autarquias locais e Serviços do Ministério das Obras Públicas. De par com essa actividade, a Direcção-Geral de Saúde deverá proceder a amplos rastreios das fontes de contágio, nomeadamente no campo da tuberculose.

18. Paralelamente com o saneamento do meio, terá a maior importância modificar a infra-estrutura psicológica das populações no referente à Saúde, através de campanhas de esclarecimento e divulgação de conhecimentos em que serão utilizados sobretudo os meios de informação mais divulgados — televisão e rádio.

C — *Protecção materno-infantil*

19. Os objectivos previstos para os 3-4 anos são os seguintes:

- a) Redução da mortalidade materna para 0,30 por 1000 nados-vivos.
- b) Redução dos partos sem assistência para menos de 5 por cento.
- c) Redução da taxa de mortalidade infantil para 30 por 1000 nados-vivos.

D — *Doenças transmissíveis*

20. Os principais objectivos em tal domínio são:

- a) A erradicação do sarampo, da difteria, da tosse convulsa e da poliomielite.
- b) A redução da mortalidade por tétano, com vacinação de 50 a 70 por cento da população em risco.
- c) A redução da mortalidade por tuberculose para cerca de 5 por 100 000 habitantes.
- d) Continuação e reforço das medidas adoptadas no sentido do combate à cólera e outras doenças fundamentalmente transmitidas por via hídrica, aliás, em grande parte dependentes da eficácia do saneamento básico.
- e) O combate às doenças venéreas.

E — Outras doenças

21. Atendendo à importância crescente das doenças cardiovasculares e neoplásicas como causas de morbilidade e mortalidade, haverá que desenvolver:

a) O rastreio sistemático dos cancros ginecológicos, da mama e do pulmão, mediante montagem de consultas adequadas nos hospitais distritais e, eventualmente, nos centros de saúde de maior dimensão.

b) O rastreio sistemático da hipertensão em todos os centros de saúde, seguido do tratamento conveniente de todos os casos detectados.

F — Saúde escolar

22. Há que estudar, em conjunto com o M. E. I. C., as medidas práticas para a integração dos Serviços de Saúde Escolar no esquema do Serviço Nacional de Saúde.

A melhoria dos serviços de saúde destinados particularmente ao cuidado dos indivíduos em idade escolar deverá ter como uma das metas para os próximos 3-4 anos a redução da mortalidade dos grupos etários de 5 a 14 anos para 40/100 000 habitantes.

Considera-se igualmente da maior importância o rastreio precoce dos desvios sensoriais e psicológicos de forma a encontrarem-se maiores rendimento e enquadramento escolares.

G — Saúde mental

23. A reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, que se encontram actualmente sob a égide do I. A. P., deverá obedecer, em linhas gerais, aos seguintes princípios:

a) Desaparecimento dos hospitais psiquiátricos na concepção de asilos ainda existentes no nosso país.

b) Integração da valência de psiquiatria, no tocante a internamento dos casos agudos, nos hospitais centrais, regionais e distritais.

c) Criação de Centros de Saúde Mental integrados nos Centros de Saúde, de forma a permitir uma acção mais eficaz e mais próxima do meio ambiente do doente.

d) Criação ou remodelação de outros Serviços que, em paralelo com os já referidos, permitam uma humanização e desmedicalização da psiquiatria.

H — Organização do Serviço Nacional de Sangue

24. Assunto de extraordinária acuidade, pode no entanto ser resolvido desde que se considerem as duas vertentes fundamentais do pro-

blema: a *obtenção* do sangue e a sua *utilização*, de que só a primeira tem sido considerada em Portugal.

Torna-se assim urgente proceder ao equacionamento simultâneo das duas vertentes do problema, o qual passa pela *definição de alguns Princípios Fundamentais* de natureza soicoeconómica e política:

1 — Todo o indivíduo doente tem o direito de lhe ser fornecido todo o sangue de que necessitar.

2 — Ninguém pode ser coagido a dar sangue, não sendo aceitável qualquer determinação legal ou esquema de estrutura social que imponha tal obrigação.

3 — Só uma esclarecida consciencialização individual e colectiva da necessidade de segurança comum, permite levar cada pessoa a colocar o seu próprio sangue à disposição da comunidade.

4 — Sendo o sangue parte integrante de cada indivíduo, o sangue oferecido pelo conjunto de «homens sãos» para utilização pelos «homens doentes» não pode ser propriedade de ninguém individual ou colectivamente, e ficará ao dispor de quem dele necessite.

5 — Só a sociedade, como tal, representada pelo Estado e seus Órgãos, tem a capacidade efectiva de administrar as reservas e utilização do sangue oferecido pela população.

6 — Ninguém, quando doente, terá de pagar, repor ou compensar o gasto de sangue que tenha sido utilizado no seu tratamento.

Programa de Acção Imediata

1 — *Gratuidade total* na cedência e aplicação do sangue pelas instituições oficiais.

2 — Constituição de uma *reserva nacional de sangue*, a partir da qual o sangue recolhido pelas diferentes entidades nos diferentes locais possa ser utilizado em qualquer lugar e para qualquer pessoa.

3 — Articulação à escala nacional dos *meios de distribuição e transporte*, do sangue e dos doentes, de modo a permitir que o sangue que hoje está disponível onde não é utilizado (periferia) possa sê-lo onde é utilizado e não está disponível (zonas centrais de utilização).

4 — Clarificação da situação actual, de modo a *não deixar espaço para a utilização lucrativa do sangue*, de modo a poder assegurar-se com verdade que o sangue *dado* nunca poderá ser utilizado como objecto de lucro.

5 — Desencadeamento, no âmbito dos estabelecimentos de acção médica, de um *programa de esclarecimento quanto às condições científicas actuais, na utilização correcta do sangue*, de modo a permitir o seu total aproveitamento e eliminar o seu desperdício através da sua administração não indicada.

Meios de Acção

1 — Criação de um *Serviço Nacional de Sangue*, integrado no Serviço Nacional de Saúde, estruturado numa base de *regionalização técnica coordenada*.

2 — Criação de «*Bancos de Sangue*» oficiais, para colheita, tratamento e conservação de sangue destinado a ser utilizado com inteira gratuitidade pelos estabelecimentos de saúde oficiais ou particulares.

3 — Desenvolvimento de *Programas Simultâneos e Coordenados de Acção*, que deverão incluir as seguintes áreas: educação e ensino, economia de utilização e aproveitamento dos componentes do sangue, fraccionamento do sangue, conservação do sangue, coordenação de serviços e gestão de «stocks», informação e promoção da dádiva e investigação.

Linhas de Acção

Deverão sobretudo incidir sobre três pontos fundamentais: aumentar o rendimento, aumentar a dádiva, criar reservas de sangue estabilizadas.

I — Medicina do Trabalho

25. O desenvolvimento deste vastíssimo sector dos cuidados de saúde poderá ter lugar através da articulação dos *Centros de Saúde urbanos* com os estabelecimentos industriais das áreas respectivas.

J — Ampliação da rede de serviços de saúde

Alguns dos números indicados poderão no presente momento não coincidir já com a realidade, no entanto a diferença não é substancial.

26. a) Rede hospitalar

A rede hospitalar que se pretende constituir prevê as seguintes unidades:

- Hospitais Centrais — no Porto, em Coimbra e em Lisboa.
- Hospitais Regionais — em Braga, Vila Real, Porto, Coimbra, Santarém, Lisboa (2 unidades), Évora e Faro.
- Hospitais Distritais — em Viana do Castelo, Guimarães, Vila Nova de Famalicão, Barcelos, Porto, Matosinhos, Vila Nova de Gaia, S. João da Madeira, Penafiel, Chaves, Amarante, Mirandela, Bragança, Aveiro, Figueira da Foz, Viseu, Guarda, Covilhã, Tomar, Torres Novas, Abrantes, Torres Vedras, Leiria, Caldas da Rainha, Castelo

Branco, Lisboa, Oeiras, Amadora, Cascais, Vila Franca de Xira, Almada, Barreiro, Setúbal, Portalegre, Sines, Beja e Portimão.

Nota — Não foram definidas as redes hospitalares e de Centros de Saúde para a Madeira e Açores.

b) Rede de Centros de Saúde

— Urbanos:

| | |
|------------------------|-----------|
| Região do Porto | 8 |
| Região das Beiras | 4 |
| Região de Lisboa | 30 |
| Total | 42 |

— Com unidade de internamento:

| | |
|--|------------|
| Região do Minho | 14 |
| Região de Trás-os-Montes e Douro | 13 |
| Região do Porto | 14 |
| Região das Beiras | 21 |
| Região da Estremadura e Vale do Tejo ... | 20 |
| Região de Lisboa | 4 |
| Região do Alentejo | 10 |
| Região do Algarve | 6 |
| Total | 102 |

— Centros de Saúde de tipo rural:

| | |
|--|------------|
| Região do Minho | 7 |
| Região de Trás-os-Montes e Douro | 24 |
| Região do Porto | 2 |
| Região das Beiras | 38 |
| Região da Estremadura e Vale do Tejo ... | 16 |
| Região de Lisboa | 1 |
| Região do Alentejo | 21 |
| Região do Algarve | 7 |
| Total | 116 |
| Total geral | 260 |

Nota — Não foram definidas as redes hospitalares e de Centros de Saúde para a Madeira e Açores.

27. Os actuais hospitais concelhios deverão, de acordo com as suas características e as das zonas em que se encontram inseridos.

ser transformados em centros de internamento acoplados aos Centros de Saúde, ou, depois das necessárias remodelações, convertidos em hospitais distritais.

L — Correção das carências e assimetrias de distribuição do pessoal

28. Será uma das preocupações fundamentais do Ministério da Saúde durante os próximos 3-4 anos, sendo de prever uma evolução favorável desde que:

a) Se reorganize o curso de enfermagem e se instalem convenientemente as escolas de enfermagem necessárias para a formação do pessoal para a cobertura adequada do País.

b) Se definam as necessidades em técnicos paramédicos, se estabeleçam as respectivas carreiras e se organizem cursos de formação adequados.

c) Se preencham os quadros dos hospitais centrais, regionais e distritais e se constitua uma carreira de cuidados médicos de base, suficientemente aliciante para que cesse, pelo menos em parte, a atracção exercida pela actividade hospitalar entre os jovens médicos.

29. A reformulação dos problemas referentes aos acidentados e urgentes (Bancos de Urgência) é considerada como medida de primordial importância e relaciona-se estreitamente, não só com os problemas atrás referidos, como ainda está dependente de atitudes práticas a assumir a curto prazo, e que a seguir, sucintamente, se enumeram:

a) Difusão a nível nacional dos conhecimentos básicos de primeiros socorros (Policia. G. N. R., Guarda Fiscal, Exército. Corporações de Bombeiros, autoridades representativas das autarquias locais).

b) Articulação do Serviço Nacional de Ambulâncias com a Armada e a Força Aérea, no sentido de uma eficaz evacuação primária (para o estabelecimento hospitalar mais próximo) e secundária (para o estabelecimento hospitalar mais diferenciado após triagem médica).

A evacuação rodoviária a cargo do S. N. A. pode ser completada por evacuação aérea e por adequada vigilância e transporte de acidentados da orla marítima.

c) Activação dos Serviços de Urgência dos Hospitais Distritais.

d) Optimização dos Serviços de Urgência existentes nos Hospitais Centrais.

Carlos Macedo

— Neurologista dos Hospitais Cíveis de Lisboa

— Bolseiro da Fundação Calouste Gulbenkian, em 1972, no «The National Hospital for Nervous Diseases» Queen Square — Londres

— Secretário de Estado da Saúde nos IV e VI Governos Provisórios